



## Ятрогенная Патология В Практике Неонатолога, Современное Состояние Вопросы (Обзор литературы)

1. У. С. Кузиев

Received 22<sup>nd</sup> Aug 2023,  
Accepted 24<sup>th</sup> Sep 2023,  
Online 25<sup>th</sup> Oct 2023

<sup>1</sup> Ургенчский филиал Тошкентской  
медицинской академии

**Апстракт:** Проблема ятрогении стала актуальной не только во взрослой практике, где имеет место самолечение, но и в неонатологии, и педиатрии. У детей появились болезни и патологические состояния, обусловленные необоснованным назначением фармацевтических препаратов. Они являются следствием побочного действия лекарственных препаратов, их компонентов, примесей, нежелательных сочетаний лекарств. В абсолютном большинстве случаев они требуют дополнительной медикаментозной коррекции, а в ряде случаев могут привести к серьезным нарушениям здоровья и снижению качества жизни. Оказание медицинской помощи представляет собой сложную форму профессиональной деятельности. Она требует глубоких специальных знаний, практических навыков, высоких душевных качеств. Однако медицинский работник может ошибаться, потому что имеет дело с самым сложным объектом природы - человеческим организмом, особенно это касается организма ребенка.

В неонатальной клинике ятрогенные повреждения идентифицированы у 41% новорожденных с очень низкой массой тела при рождении (тампонада сердца и тромбозы, ассоциированные с длинными линиями; перфорации сосудов, желудка, пищевода; пневмоторакс; холестаз, ассоциированный с полным парентеральным питанием). У 14% умерших детей периода новорожденности основной причиной смерти были ятрогенные повреждения (Elder D.E., Zuccollo J.M., 2012).

Итак, ятрогении — это групповое понятие, объединяющее все разнообразие неблагоприятных последствий (нозологические формы, синдромы, патологические процессы) любых медицинских воздействий на больного, независимо от правильности их исполнения [4]. Обратите внимание на последнюю фразу определения — «независимо от правильности их исполнения», на наш взгляд, это очень важный момент.

Особого внимания в перинатальной практике заслуживают перинатальные повреждения ЦНС. Частота их настолько велика, что более половины новорожденных выписываются из родильных домов с диагнозом гипоксически-ишемического поражения ЦНС различной степени, и еще больше детей с аналогичным диагнозом наблюдаются и получают лечение у детского невролога. В других странах удельный вес таких детей несравнимо мал. Чем это обусловлено? По-видимому, имеются причины как с акушерской стороны — агрессивная тактика ведения родов, так и со стороны неонатологов и педиатров, детских неврологов, которые увлекаются этим диагнозом, в ряде случаев принимая за поражения ЦНС некоторые пограничные состояния в периоде новорожденности (тремор подбородка, тремор кистей рук, физиологический страбизм и др.).

Таким образом, актуальность данного диссертационного исследования обуславливается необходимостью проведения анализа ДМП манипуляционного характера, что должно способствовать как предотвращению их возникновения в ходе оперативных вмешательств, так и совершенствованию судебно-медицинской экспертной практики в отношении допущенных дефектов медицинской помощи.

Возникновение ятрогений является важной медицинской, социальной, экономической и этической проблемой здравоохранения [3, 4, 7, 10]. Внедрение новых методов диагностики и лечения в неонатологии повысило эффективность медицинской помощи новорожденным и, одновременно, привело к росту ятрогенной патологии [1, 4, 7, 9, 10].

Особого внимания требует упоминание о бездействии медперсонала (А.В.Смоляников назвал его ятрогенией с отрицательным знаком). Бездействие бывает связано не только с недостатком у врача знаний или опыта, но порой - с отсутствием в арсенале необходимых средств или условий.

Профилактические обследования, прививки, вакцинации создают положение, когда ятрогения распространяется не только на больных, но и на всех без исключения здоровых детей. Осложнения при этом способны вызвать острые реакции, в которых практически никто не виноват. Они являются неизбежной оборотной стороной медицинского воздействия.

Ятрогению делят на три вида.

1. Незамеченная ятрогения. Например, прием ребенком лекарства в дозе, превышающей возрастную в десять раз, сопровождается тяжелыми симптомами, трактованными как индивидуальная несовместимость. Отклонения исчезли после приема лекарства.
2. Замеченная и сопровождавшаяся осложнениями ятрогения наблюдается часто. Поражения мочевого пузыря и уретры при ошибочном использовании едких препаратов. Повреждение уретры при катетеризации пузыря. Ожог уретры при электрокоагуляции клапанов уретры.
3. Замеченная ятрогения с печальным исходом. Регистрируется на секции.

Предпосылки, способствующие возникновению ятрогенных поражений, относятся в первую очередь к недостаточному учету анатомо-физиологических особенностей, в первую очередь тканевых. Расхождения раны, грубые рубцы, стенозы возникают не только как неизбежное следствие вмешательства, но чаще результатом нарушения правил асептической техники.

Особое внимание привлекают ныне методы антенатального вмешательства - амниопункции, амниоцентез, амниоскопия и интрауретеральные воздействия на плод, преследующие цель разгрузки дилатированных лоханок или пузыря, с оставлением в них постоянного дренажа. Разработка подобного рода процедур сопровождается высокой степенью риска выкидыша, что

налагает на специалиста моральную ответственность даже при самом высоком уровне его профессионального мастерства.

Распределение ятрогении в зависимости от ее вида.

1. Медикаментозная ятрогения. Большинство реакций, связанных с формально верной, но индивидуально токсической дозировкой лекарства, может проходить мимо внимания родителей и персонала, ибо токсикоз, рвоту, судороги и пр. естественно отнести за счет основного заболевания или его нетипичного течения. Сочетание нескольких медикаментов, назначаемых по строгим показаниям, способно не только купировать, но и отягчить основное страдание. Особое место занимают побочные реакции при химиотерапии. В урологии применение рентгено-контрастных медикаментов, лечебных препаратов, антибиотиков нередко сопровождается осложнениями, требует немедленной помощи. Широкий разброс индивидуальной чувствительности и полное отсутствие субъективных симптомов затрудняют положение врача. У взрослых или детей старшего возраста время для оказания пособия выигрывается благодаря жалобам (стеснение в груди, одышка, головная боль, прилив крови к голове и пр.), у маленького ребенка коллапс, шок, судороги, гипертермическая реакция регистрируются значительно позднее.
2. Манипуляционная ятрогения нарастает, зеркально отражая технический прогресс медицины, особенно ее инвазивных и эндоскопических методов. Пребывание в сосудистом русле ребенка пластмассовых детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии трубок с целью инфузии лекарственных и бактериостатических средств само по себе способно стать источником септического процесса. Флора, циркулирующая в кровяном русле, находит в пластмассовом инородном теле стартовую площадку, точнее искусственный очаг сепсиса. В структуре танатогенеза манипуляционная ятрогения занимает ведущее место.
3. Реанимационно-анестезиологическая ятрогения наиболее опасна. Оживление и обезболивание объединены, ибо многие процедуры в отделениях реанимации у детей выполняют под общей анестезией. Большинство наркозов проводят в операционных и перевязочных. Любое воздействие у тяжелого больного сопряжено с возможностью причинения ему вреда. Врач-реаниматолог вынужден постоянно, взвешивать, что опаснее для ребенка: применение данного приема или отказ от него. Именно в реанимации наиболее часто проявляется характеристика ятрогении как неумышленного и неизбежного осложнения или даже вреда. Примером служит назначение сверхбольших доз гормонов, которые в критических ситуациях дают положительный эффект. Нельзя отрицать, что в отдельных случаях при определенном эндокринном статусе ребенка подобная доза может оказаться фатальной. Но это не означает возможности отказаться от спасительной для подавляющего большинства больных гормонотерапии. До того времени, пока не будет найдено средство, более мощное и безопасное.

Многие из рутинных приемов, принятых в отделении реанимации, применении современной многокомпонентной общей анестезии заложена потенциальная опасность для пациента. Использование средств коротко-, долго-, а порой и разнонаправленного действия - когда результат анестезии определяется темпом введения препарата, как говорят "на кончике иглы" - повышают требования к профессиональному уровню анестезиолога. Особая ответственность ложится на плечи педиатров-анестезиологов, ибо специфика анестезии незрелого организма отягощается его индивидуальными реакциями, связанными с особенностями и вариантами обмена и детоксикационных процессов. Облегчает ведение анестезии совершенная следящая аппаратура - "мониторинг" в тех учреждениях, где она имеется. Неожиданные случаи глубокого угнетения дыхания после завершения наркоза могут быть купированы небезопасной длительной искусственной или ручной вентиляцией легких.

Урологические больные в отделение реанимации попадают реже, после длительных или особо травматических реконструктивных операций или политравмы. Двухпросветные катетеры с раздувающимися баллонами, мочеприемники облегчают уход за больным. Но при возникновении мочевых затеков, свищей только применение двухпросветных аспирационно-промывных дренажей, тщательное почасовое наблюдение за ними персонала могут предупредить возникновение осложнений, которые должны быть отнесены к ятрогении.

Частота эпизодов ятрогении в интенсивной терапии, реанимации и анестезиологии дает основание в первую очередь заботиться об оснащении и обеспечении этих подразделений.

4. Алиментарная ятрогения привлекает внимание в связи с изучением факторов риска. Высокая масса ребенка - явление в основном социальное, связанное с низкой санитарной культурой родителей. Советы, даваемые медицинским персоналом, недостаточно информированным в научно обоснованных возрастных диетах, обуславливают нерациональное питание, определяющее ближайшие и отдаленные неблагоприятные последствия. В первую очередь, имеются в виду южные и среднеазиатские республики, где национальные традиции далеки от рационального вскармливания. Заметим, что по данным противораковой ассоциации в США у взрослых среди факторов риска нерациональное питание занимает первое место.

Урологические больные, особенно после операции при мочекаменной болезни, с почечной недостаточностью, не всегда получают достаточно полные и обоснованные рекомендации по диететике, еще чаще родители к этим рекомендациям не всегда прислушиваются и их не выполняют.

Лучевая ятрогения связана с естественными и искусственными факторами. Советы относительно использования солнечной инсоляции детьми в официальных рекомендациях даются вполне обоснованно. Однако в южных широтах далеко не всегда точно учитывают особенности данного географического пояса, высоту территории над уровнем моря, откуда ребенок (приезжий или абориген), его возраст и, наконец, степень защиты кожных покровов различными видами одежды. Недостаточно сегодня изучены изменения, возникшие в качественном составе лучевой солнечной и космической нагрузки, требующей повышенной осторожности.

Хирургическая ятрогения на протяжении многих десятилетий наиболее полно освещалась при анализе ошибок, опасностей, осложнений и несчастий, чему посвящено значительное число монографий и руководств. Фактология сконцентрирована в разделах журналов, посвященных этим вопросам. В нашей стране славные традиции самокритичного разбора допущенных ошибок исходят от Н.И. Пирогова, явившего пример обнажения собственных упущений в целях неповторения их. В детской урологии ятрогенные осложнения связаны не только с уровнем профессионального мастерства врача, но и с условиями, в которых они трудятся. Анастомоз у недоношенного ребенка разойдется значительно чаще, если он будет сшит тонкими рассасывающимися синтетическими нитями на атравматичной игле. Выхаживание новорожденных, отягощенных факторами риска, более надежно при наличии мониторов, совершенных кювезов, разовых систем и игловок для инфузий. Наличие их, когда они будут производиться в достаточном количестве и качестве, существенно улучшит результаты и снизит ятрогению.

Перечисленные шесть видов ятрогении вызывают естественный вопрос о возможности их учета. Истекшее десятилетие показало малую реальность даже приблизительно достоверных показателей.

Предупреждение и снижение ятрогении определяется общим подъемом здравоохранения в стране. В первую очередь, отметим улучшение условий и организации труда медработников, создание материально-технической базы здравоохранения. Не менее важна экономия времени, традиционно растрчиваемая на документацию и неподготовленные совещания. Новый образ мышления придет не сразу, но только путем овладения им возможно понимание старых и вечных, пострадавших от девальвации истин, таких, как милосердие, бескорыстие, терпение, доброта, в которых нуждается детство. Профессиональный уровень врача неразрывно связан с повседневным интенсивным самообучением, самоконтролем, самокритичной и гласной оценкой допущенных просчетов и ошибок.

Повышение личностных качеств членов нашей врачебной корпорации во многом определится требованиями к абитуриентам медицинских вузов: объективно подтвержденные знания, способности, горячая любовь к делу и ничего больше. Важность понятия ятрогении требует, чтобы в программы медицинских институтов наравне с деонтологией была внесена и ятрогения, принявшая характер эпидемии, и была включена в учебники и руководства по педиатрии и смежным областям.

Выполнение врачами своего тяжелого долга возможно лишь при реабилитации высокого престижа нашей профессии, его материального обеспечения, что уже проводится в жизнь и дает основания с оптимизмом смотреть на перспективы снижения ятрогении и улучшения помощи детям.

Новорожденный полностью беззащитен. Мать его, находящаяся в роддоме, отец и старшие родственники не в состоянии помочь в случаях необходимости принять ответственное решение. Отсутствие отчетливой позиции родственников ставит врача в положение лица, единолично решающего судьбу ребенка, что во многих случаях весьма затруднительно. Примером может служить случай множественных сочетанных пороков развития, одномоментная операция сопровождается высоким риском, велика вероятность гибели ребенка. Многоэтапные повторные, на протяжении нескольких месяцев или лет операции, с затратой громадных усилий со стороны родителей и медиков не позволяют надеяться на конечный благоприятный исход. Прогноз более чем сомнителен. Выбор тактики требует высокой гуманности и осторожности.

Успехи хирургии новорожденных позволили по-новому подойти к катамнезу, который в приложении к урологическим страданиям обладает своеобразием. Быстрый рост и развитие новорожденного ранее давали основание предположить, что достигнутые результаты через 3-5 лет можно считать окончательными и достаточными для оценки результатов операции. Однако опыт показал, что существенное улучшение в первые месяцы и годы порой сменялось ухудшением. Например, после операции по поводу клапанов уретры, гидронефроза или пузырно-мочеточникового рефлюкса временное улучшение отражало лишь восстановление пассажа мочи, а последующее ухудшение свидетельствовало об исчерпании резервных возможностей еще внутриутробно глубоко пораженной почки [10,11].

**Заключение.** Анализ литературных данных показывает, ятрогенными называются преступления против жизни или здоровья человека, совершаемые медиками вследствие ненадлежащего оказания или неоказания медицинской помощи гражданам. Право на здоровье и на оказание медицинской помощи гарантируется Конституцией Республики Узбекистан. В последние годы проблемы качества медицинской помощи приобретают все большую актуальность, особенно при неблагоприятных исходах оказания медицинских услуг. Это связано с активностью граждан, средств массовой информации и судебно-следственных органов, особенно при возникновении осложнений и развитии нежелательных результатов. В случаях жалоб пациентов или их родственников в адрес правоохранительных органов или по



результатам проверочных работ решение ряда медико-правовых вопросов проводится назначением судебно-медицинских экспертиз. Особое место занимают экспертизы в отношении акушеров-гинекологов и неонатологов. При привлечении врачей юридической ответственности за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей у следствия и суда возникает ряд специальных вопросов. Главные из них – это правильность диагностики и лечения больных и наличие причинной связи тяжелых исходов от врачебных упущений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акопов, В.И. Право в медицине / В.И. Акопов, Е.Н. Маслов. - М.: Приоритет - стандарт, 2002. - 128 с.
2. Альшевский, В.В. Судебно-медицинская экспертиза вреда здоровью в современном уголовном судопроизводстве (процессуальные аспекты, методические принципы и формально-логические алгоритмы) / В.В.Альшевский. - М.: Юрлитинформ, 2004. - 176 с.
3. Барина, И.В. Особенности морфологической и пространственной структуры плаценты при антенатальной гипоксии плода / И.В. Барина, С.В. Савельев, Ю.Б. Котов // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. - № 1. – С. 29-33.
4. Волобуев, Н.Н. Ятрогенные повреждения кровеносных сосудов в абдоминальной хирургии / Н.Н. Волобуев [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2011. - №4. - С.249-251.
5. Волков А.Е. Психоэмоциональные особенности женщин при беременности, осложненной врожденными пороками развития плода // Медико-психологические аспекты современной пренатальной и перинатальной психологии, психотерапии и перинатологии. Материалы V Всеросс. Конгресса по перинатальной психологии.- М., 2005. - С.103-105.
6. Исаченкова И.П., Савченко С.В. Случай материнской смерти при истинном приращении плаценты // Вестник судебной медицины. – 2016. – Т. 5, № 3. – С. 58–60.
7. Кедров В.С. О терминологии профессиональных правонарушений медицинских работников // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской науки и практики: материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков (посвященные 30-летию Всероссийского общества судебных медиков). - М.; Тюмень, 2005. - С. 126-127.
8. Лузанова И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы): автореф. на соиск. канд. мед.наук. — Москва, 2007. – С.10.
9. Рыков В.А. Медицинская и правовая оценка ятрогенных заболеваний // Медицинское право. - 2003. - № 4. - С. 4147.
10. Сергеев ЮД., Ерофеев С.В. Ятрогенная патология - актуальная судебно-медицинская проблема // Судебно-медицинская экспертиза. - 1998. - № 6. - С. 3-8.
11. Шадымов А.Б., Колесников А.О., Лютикова Н.И. Особенности проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по “врачебным делам” акушерско-гинекологического профиля // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т. 1, № 4. – С. 11–15. 10.
12. Baek, G.H., Chung, M.S. Methicillin-resistant staphylococcus aureus osteomyelitis of the scaphoid from a catheter in the radial artery //J. Bone Joint Surg. – 2002. – Vol. 84-B, N 2. – P.273 – 274.
13. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. FIGO. 2003.
14. Quinlan D.J., Alikhan R., Gishen P. et al. Variations in lower limb venous anatomy: implications

for US diagnosis of deep vein thrombosis //Radiology. - 2003. - №228 (2). - P. 443-448.

15. Wikstrom, A.K. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease / A.K. Wikstrom, B. Haglund, M. Olovsson, S.N. Lindeberg//BJOG. 2005. -Vol. 112, N11.-P. 1486-1491.
16. Zetterstrum, K. Being born small for gestational age increases the risk of severe pre-eclampsia I K. Zetterstrum, S. Lindeberg, B. Haglund et al/ // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. 2007. - Vol. 114, N 3. - P. 319-324.
17. Diagnosis of placental abruption: relationship between clinical and histopathological findings / Elsasser D.A. et al. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2010. – Vol. 148(2). – P. 125–30. – doi: 10.1016/j.ejogrb.2009.10.005.
18. Rakhimov BS, Rakhimova FB, Sobirova SK. Modeling database management systems in medicine. J Phys Conf Ser. 2021;1889(2):022028. doi:10.1088/1742-6596/1889/2/022028
19. Rakhimov B, Ismoilov O. Management systems for modeling medical database. AIP Conference Proceedings 2022, 2432, 060031.doi:10.1063/5.0089711
20. Rakhimov BS, Khalikova GT, Allaberganov OR, Saidov AB. Overview of graphic processor architectures in data base problems. AIP Conference Proceedings, 2022, 2467, 020041. doi:10.1063/5.0092848
21. Allaberganov, O.R., Rakhimov, B.S., Sobirova, S.K., Rakhimova, F.B., Saidov, A.B. Problem for Medical System with Infinite Zone Potential in the Half Line AIP Conference Proceedings, 2022, 2647, 050025
22. RB Saidovich, SA Bakhtiyarovich, BB Farkhodovich, KDA Ugli, MMZ Qizi Analysis And Using of the Features Graphics Processors for Medical Problems Texas Journal of Medical Science 7, 105-110
23. Zayniddinov, K., Rakhimov, B., Khalikova, G., Saidov, A. Review and analysis of computer vision algorithms, 2023, 2789, 050022
24. Rakhimov, B.S., Sobirova, S.K., Rakhimova, F.B., Saidov, A.B., Saidova, Z.B. Comparative analysis of the implementation of parallel algorithms on the central processors of automation systems in agriculture E3S Web of Conferences, 2023, 390, 03017
25. Allaberganov, O.R., Rakhimov, B.S., Sobirova, S.K., Rakhimova, F.B., Saidov, A.B. Problem for Medical System with Infinite Zone Potential in the Half Line AIP Conference Proceedingsthis link is disabled, 2022, 2647, 050025
26. Rakhimov, B.S., Khalikova, G.T., Allaberganov, O.R., Saidov, A.B. Conference Paper Overview of graphic processor architectures in data base problems AIP Conference Proceedingsthis link is disabled, 2022, 2467, 020041